# Die locale Verbreitung

der

# TROPHONEUROSEN

---

INAUGURAL-DISSERTATION

**der medicinischen Facultät**

der

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

**zur Erlangung der Doctorwürde**

vorgelegt von

**JULIUS LIEBESCHÜTZ**

aus Memel

PRACT. ARZT.

STRASSBURG

DRUCK VON ED. HUBERT & E. HABERER

1883.

# Die locale Verbreitung

der

# TROPHONEUROSEN

---

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

**JULIUS LIEBESCHÜTZ**

aus Memel

PRACT. ARZT.

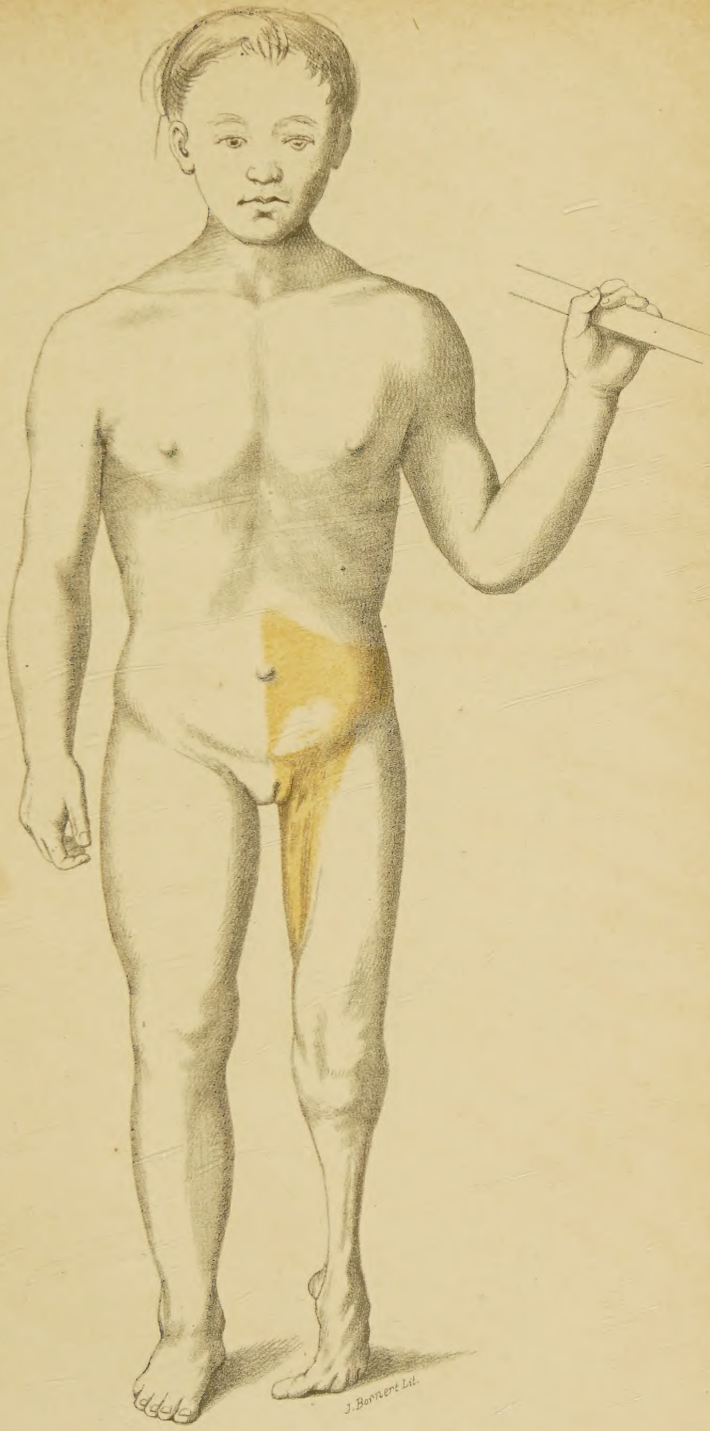
STRASSBURG

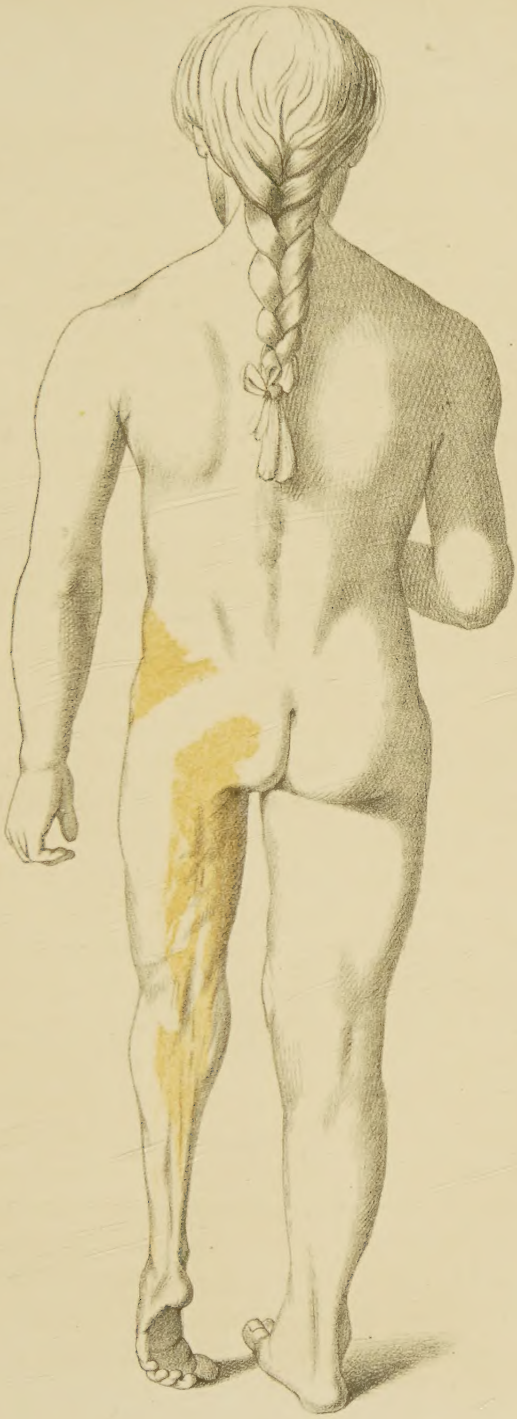
DRUCK VON ED. HUBERT & E. HABERER

1883.

*Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.*

Referent : **Prof. Dr. Lücke**.


J. Bonnert Lit.



del. Wittmak,

Lith. E. Hubert & E. Haberer in Strassburg.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552716_0096

# Die locale Verbreitung

der

# TROPHONEUROSEN.

Im Wintersemester 1880/81 kam in der chirurgischen Klinik zu Strassburg ein Fall zur Behandlung, den ich, Dank der Güte des Herrn Professor Dr. Lücke, zur Beobachtung und Untersuchung erhielt. Ich lasse denselben hier folgen.

Die 10 Jahre alte Patientin, Anna Stahlberger aus Gebweiler im Elsass, hat in ihrem dritten Lebensjahre Scharlach überstanden. Ihre Familienanamnese bietet, abgesehen von einem stark scrophulösen Habitus einer 22 Jahre alten Schwester, nichts Besonderes. Ein halbes Jahr nach dem Scharlach bemerkten die Eltern, dass das linke Bein der Patientin dünner geworden sei als das rechte. Auch verspürte Patientin eine geringe Behinderung der Beweglichkeit im linken Kniegelenk, die dasselbe weder vollständig strecken noch beugen liess. Nach einem weiteren halben Jahre bildete sich am äusseren Rande des linken Fusses eine Zweimarkstück grosse hornartige Kruste, die nach ungefähr einem halben Jahre auf-

brach und stinkenden Eiter ausfliessen liess. Die so entstandene secernirende Fistel bestand circa ein Jahr. Patientin konnte ein ganzes Jahr nicht gehen, sie brachte dasselbe theils im Bett, theils auf dem Stuhle zu. Während dieser Zeit hatte sie intermittirende Schmerzen am linken Fussrande, die bei starker Secretion der Fistel exacerbirten. Gleich nach Entstehung der Fistel konnte Patientin die vierte und fünfte Zehe nicht mehr bewegen, während die dritte nur noch schwach beweglich war. So lange die Fistel bestand, wurde der Fuss mit weisser Salbe (?) eingerieben, jedoch ohne Erfolg. Nach Schluss der Fistel bildete sich an der früheren Fistelöffnung ein Schorf, die beiden letzten Zehen wurden steif, und zwar in Flexionsstellung. Allmälig wurde auch die dritte Zehe steif. Nach ca. 3/4 Jahr fiel der Schorf ab, und es trat nun an der Innenseite des Fusses eine hornartige Erhebung auf, ganz analog der früher am äusseren Fussrande bestandenen, die bei der Untersuchung, also præter propter vier Jahre nach ihrer Entstehung, noch zu constatiren ist. Anæsthesie will Patientin in ihrem linken Bein niemals gehabt haben.

Das Kind (vergl. die beiden Abbildungen) sieht gut genährt aus, seine Körpergrösse entspricht dem Alter von 10 Jahren. Die Hautfarbe ist gesund. Fettpolster, Muskulatur, sowie Knochensystem gut entwickelt. Rachitis nicht nachweisbar.

Beim ersten Anblick fällt sofort auf, dass die linke untere Extremität in allen Dimensionen gegenüber der rechten bedeutend verkleinert und verunstaltet ist. Linkerseits bemerkt man eine ausgedehnte stark braune Pigmentirung des Oberschenkels, besonders an der Hinterseite. Die Muskeln des Oberschenkels, besonders die Adductoren, wie auch die Flexoren des Unterschenkels sind stark contracturirt. Nur wo Muskelcontractur vorhanden, zeigt sich die ca. ein Drittel des Umfanges des Oberschenkels einnehmende Pigmentirung. Die Haut liegt den Muskeln straff an und lässt einzelne Muskelstränge durchschimmern. Das Kniegelenk befindet sich etwas in Valgusstel-

lung. Der Unterschenkel kann zwar vollständig gebeugt, seine Streckung jedoch nur bis zu einem Winkel von circa 170° vollzogen werden. Sonst ist die Motilität des Knie- wie auch Hüftgelenkes vollständig intact. Am Unterschenkel, der sehr stark atrophirt ist, ist die braune Pigmentirung auch besonders an der Hinterseite wahrnehmbar. Hier sind die Muskeln fast ganz atrophirt und befinden sich auch in Contractur, welche zu der circa ½ des Umfanges des Unterschenkels umfassenden Pigmentirung das gleiche Verhältniss wie der Oberschenkel bietet. Die Hautfarbe der linken Extremität ist, soweit sie nicht pigmentirt erscheint, viel blasser als die der rechten Seite. Auch ist auf der linken Extremität kein Haarwuchs zu constatiren, wogegen derselbe rechts, wenn auch spärlich, vorhanden ist.

Der Fuss steht in Hyperextension und etwas in Valgusstellung fest. Die Muskeln scheinen, bis auf kleine Reste, ganz geschwunden zu sein. Die Haut ist mit unregelmässig zerstreuten Pigmentflecken und asbestartigen Schuppen bedeckt, so dass der Fussrücken einen marmorartigen, glänzenden Anblick gewährt. Hervorzuheben ist, dass am Fussrücken, an den Stellen, wo sich die Pigmentirung zeigt, stark injicirte, dunkelblaue, ja sogar in's Röthliche spielende, Venen sich abheben. Auch sieht man die Arteria dorsalis pedis stark pulsiren, welches Phänomen rechts nicht so prägnant hervortritt. Die fünfte Zehe ist fast ganz geschwunden; man sieht nur eine kleine Hervorhebung, die nur dadurch, dass sie mit einem sehr winzigen Nagelüberrest versehen ist, als fünfte Zehe zu deuten ist. Die dritte und vierte Zehe sind auch sehr atrophirt und befinden sich in Flexionsstellung. Die grosse Zehe ist frei beweglich, ja sogar beweglicher als die der rechten Seite, und zeigt an der Dorsalseite, in der Gegend des Interphalangealgelenks, eine Epidermisverhärtung, die durch das Auftreten auf diese Stelle entstanden ist. Die Beweglichkeit der zweiten Zehe ist schon etwas beschränkter; auch hier befindet sich an der Dorsalseite

in der Gegend des ersten Interphalangealgelenkes eine durch das Auftreten bedingte clavusartige Bildung. An dem Innenrande des Fusses, entsprechend der Gegend des Os naviculare, ist eine Zweipfennig grosse, hornartige Masse von hellgrauer Farbe sichtbar, die schon seit vier Jahren besteht, jedoch ohne der Patientin irgendwie unbequem gewesen zu sein.

Die am Oberschenkel wahrnehmbare Pigmentirung setzt sich nach oben auf die linke Glutäalgegend fort. Die Glutäen sind bedeutend atrophirt, die Glutäalfalte ist geschwunden. Vorn geht die Atrophie und Pigmentirung vom Oberschenkel über die stark eingesunkene Inguinalfalte, in der sich verhärtete Drüsenknötchen fühlen lassen, auf die linke grosse Labie über, die im Vergleich mit der rechten stark atrophirt ist. Die kleine linke Labie scheint nicht atrophirt zu sein. Die Atrophie setzt sich auch, wenn auch nur im geringeren Grade, auf die Schleimhaut der grossen Labie fort. Während die rechte Labie mit zartem Flaum bedeckt ist, zeigt sich die linke ganz glatt. Die linke Hälfte des Mons Veneris ist im hohen Grade atrophirt und pigmentirt. Von hier setzt sich die Pigmentirung nach oben bis ca. 5 Centimeter über den Nabel fort und zieht sich, abwechselnd mit hellen und dunkeln Stellen, bis in die Gegend der Spina anterior superior cristæ ossis ilei sinistri. Auffallend ist das scharfe Abschneiden der Pigmentirung mit der Mittellinie. Wenn Patientin sich aus der liegenden Stellung aufrichtet, entsteht in der Mittellinie des Bauches eine 10 Centimeter lange Spalte, durch starke Contraction des Musculus rectus abdominis sinister, der sich nach links verschiebt, während der rechte Rectus abdominis nicht nach rechts abweicht.

Die langen Rückenmuskeln und die Quadrati lumborum sind beiderseits gleich und intact. Beim Stehen stützt sich Patientin vorzugsweise auf die rechte Extremität, während sie mit der Spitze der ersten resp. zweiten Phalanx der ersten und zweiten Zehe des linken Fusses den Boden leicht berührt, wobei sie die linke Beckenseite um ca. 1 Centimeter senkt. Beim

Gehen hinkt sie sehr stark, vermag sich aber auf die linke Extremität zu stützen, ohne Schmerzen zu empfinden.

Bei der Palpation ist ein bedeutender Unterschied der Temperatur beider untern Extremitäten, sowohl der Oberschenkel, als auch besonders der Unterschenkel und Füsse nicht zu verkennen. Die mehrere Male angestellten Temperaturmessungen mit dem Trendelnburg'schen Thermometer ergaben folgende Verhältnisse:

| Rechts | Links | Differenz |
|---|---|---|
| Mitte des Oberschenkels | | |
| 33,6 | 33,3 | 0,3 |
| Patella | | |
| 33,4 | 32,6 | 0,8 |
| Kniekehle | | |
| 37,5 | 35,8 | 1,7 |
| Mitte des Unterschenkels | | |
| 29,5 | 26,8 | 2,7 |
| Fussrücken | | |
| 23,7 | 20,8 | 2,9 |

Hierbei ist zu bemerken, dass die Temperatur in den Kniekehlen mittelst eines gewöhnlichen Thermometers bestimmt wurde. Die Temperaturbestimmungen wurden immer unter denselben Verhältnissen vorgenommen: in einem auf 20° Cels. erwärmten Saale und auf derselben Stelle desselben. Die Fehlerquellen wurden dadurch ausgeschlossen, dass nach Application des Thermometers Watte darüber gelegt und befestigt wurde. Das Thermometer blieb immer 15 Minuten

liegen. Die Haut der kranken Extremität fühlt sich sehr trocken an; reibt man sie, so röthet sie sich ziemlich stark. Patientin gibt an, dass die Extremität zuweilen auch schwitze; diese Erscheinung konnten wir nicht beobachten. Die mit dem Weber'schen Tasterzirkel angestellte Untersuchung beider Extremitäten ergab gleichmässiges Vorhandensein des Ortsinnes. Der Drucksinn ist beiderseits normal: es werden Gewichtsunterschiede bis auf 20 Gramm gut angegeben. Der Temperatursinn bleibt auch innerhalb der physiologischen Grenzen. Die Sensibilität ist links stärker entwickelt als rechts, wohingegen der Kitzelreflex, besonders an der Fusssohle, rechts stärker ist als links. — Fast der ganze linke Fuss fühlt sich steinhart an. Muskeln und Fett scheinen geschwunden zu sein. Die Haut liegt dem Knochen fest an und lässt sich nicht verschieben. Nur an folgenden Stellen findet man weiche Massen, die sich als Muskelüberreste erkennen lassen:

1. an der Plantarfläche zwischen den Metatarsalknochen der ersten bis dritten Zehe, 2 1/2 Centimeter lang und breit;

2. an der Dorsalfläche zwischen den Metatarsalknochen der ersten und dritten Zehe, 2 Centimeter lang und breit;

3. unterhalb der Ferse, ungefähr 2 Centimeter lang und breit.

Der linke Unterschenkel fühlt sich auch fast in seiner ganzen Ausdehnung hart an. Man kann an demselben keine Trennung von Fibula und Tibia machen; nur ein einziger Knochen lässt sich durchfühlen. Eine vergleichend angestellte Knochenpercussion ergab keinen wesentlichen Unterschied, der auf eine deutlich wahrnehmbare verschiedene Structur schliessen liesse. An der hinteren Seite des Unterschenkels befinden sich sämmtliche Muskeln in Contractur. Die sehr dünne Haut liegt den Muskeln innig an und lässt sich nicht in Falten aufheben. An der äusseren Fläche, 10 Centimeter über dem Malleolus externus, findet sich eine, sich wie Fett anfühlende, weiche

Masse, die sich als Muskel erweist, 4 Centimeter dick, 5 Centimeter lang. 5 Centimeter vom Malleolus internus nach oben befindet sich an der Vorderseite eine weiche Masse, 3 1/2 Centimeter breit, und getrennt durch eine normale Hautstelle von 1 Centimeter Höhe folgt ein zweiter weicher Knoten von 5 1/2 Centimeter Breite. Diese beiden Knoten erweisen sich als Fett. Die Patella steht mit der der rechten Seite beim Liegen in gleicher Höhe, beim Stehen ca. 1 Centimeter tiefer. In der Kniekehle nimmt man, bei gestrecktem Gelenke, zwei Höhlen wahr, die durch die Sehnen der contracturirten Muskeln gebildet sind. Die äussere ist 2 Centimeter breit und 5 Centimeter lang, begrenzt nach aussen von der Sehne des M. vastus lateralis, nach innen von der des M. biceps femoris. Die innere Höhle ist 1 1/2 Centimeter breit und 6 1/2 Centimeter lang, begrenzt nach aussen von der Sehne des Biceps femoris, nach innen von den der M. M. semitendinosus, semimembranosus, gracilis und sartorius. Diese beiden Höhlen sind auf der Zeichnung nicht besonders markirt. — Dem Verlaufe der contracturirten Muskeln folgt die dunkelbraune Pigmentirung der auch hier fest aufliegenden dünnen Haut in einer Breite von 5—9 Centimeter.

Vom Oberschenkel setzt sich die Pigmentirung, wie schon früher erwähnt, auf den Rumpf fort, mehr an der Vorder- als an der Hinterseite.

Vorn reicht die Pigmentirung mit kleinen Unterbrechungen bis 5 Centimeter über den Nabel, von wo dieselbe sich bis 8 Centimeter über der linken Spina anterior superior cristae ossis ilei, also in einer Breite von 19 Centimeter, hinzieht. In der Gegend der Spina ist die Farbe des Pigments sehr dunkel, in einer Ausdehnung von 3 Centimeter Länge und 8 Centimeter Breite. An der Hinterseite lässt sich die ebenfalls stark dunkelbraun pigmentirte und den atrophirten linksseitigen Glutæen eng anliegende, des Fettpolsters beraubte Haut, im Gegen-

satz zu den analogen atrophirten Stellen, sehr leicht in einer über das Normale hinausgehenden Weise abheben und in Falten legen. Hier ist die Ausdehnung der Pigmentirung 12 Centimeter lang, 7 Centimeter breit. Dieselbe setzt sich sowohl vorn als hinten gegen die Umgebung in scharfen Contouren ab. Die linke Arteria cruralis ist viel kleiner als die rechte und fühlt sich härter an als die letztere. Der rechte Puls ist stärker als der linke. Während die Arteria cruralis dextra einen lauten, pfeifenden Ton gibt, hört man an der linken einen leisern, dumpfen Ton. Leider liess sich, wegen der am Oberschenkel befindlichen Unebenheiten, ein sphygmographisches Bild des linken Cruralpulses nicht herstellen.

Die festgestellten Maasse sind folgende:

| | R. | L. |
|---|---|---|
| | Ctmtr. | Ctmtr. |
| Länge des Oberschenkels . . . . . (vom Trochanter major bis zur Gegend des Capitulum fibulæ.) | 28 1/2 | 26 |
| Länge des Unterschenkels . . . . . (rechts vom Capitulum fibulæ, links von der dem Capitulum fibulæ entsprechenden Stelle bis zur Malleolenspitze.) | 26 | 20 1/2 |

Rechterseits ist die Entfernung von der äusseren Malleolenspitze bis zum unteren Fersenrande = 4 Centimeter, links von der Malleolenspitze bis zur Gegend des Capitulum der ersten Phalanx der grossen Zehe = 10 3/4 Centimeter. Daraus ergibt sich die Länge der ganzen Extremität beim Stehen: R. = 58 1/2

L. = 57 1/4,

so dass sich die linke Beckenseite beim Stehen um 1 1/4 Centimeter senken muss.

Der Umfang des Oberschenkels unterhalb der Glutäalfalte, resp. der derselben entsprechenden Region linkerseits

| | R. | L. |
|---|---|---|
| | Ctmtr. | Ctmtr. |
| ist | 34½ | 26½ |
| Um die Mitte der Oberschenkel | 33½ | 22½ |
| Knieumfang | 26½ | 21 |
| Mitte der Unterschenkel | 22½ | 10½ |
| 1 Centimeter oberhalb der Malleolen | 15 | 9½ |
| Malleolenumfang | 18 | 13 |
| Von der Ferse bis zur Spitze der grossen Zehe | 19 | 14 |
| Von der Ferse bis zur Spitze der kleinen Zehe | 13½ | 8½ |
| Umfang des Fusses (über die Tuberositas metatarsi digiti V und die dem Os scaphoideum entsprechende Gegend gemessen.) | 16 | 12 |

Die electrische Prüfung, die wir der gütigen Unterstützung des Herrn Professor Dr. Jolly verdanken, ergab Folgendes: Quadratus lumborum, sowie die Oberschenkelmuskulatur beiderseits bei gleicher Stromstärke faradisch erregbar. Die Muskeln des rechten Unterschenkels reagiren sämmtlich bei directer, sowie vom Nerven ausgehender Reizung. Links bei Reizung des Nervus peroneus Bewegung im M. extensor hallucis, bei etwas höherer Stromstärke auch im M. tibialis anticus und in den Mm. peroneis, ebenso diese Muskeln auch direct reizbar bei gleicher Stromstärke. Dagegen weder im M. extensor digitorum longus noch brevis Reaction. Im M. gastrocnemius deutliche Reaction. Im Glutæus maximus sehr prompte Reaction. Bei 16 El. const. Strom im Quadriceps beiderseits KSZ grösser als ASZ; beide Reactionen rechts ausgiebiger, ebenso die faradische Contraction. Rechts im M. tibialis anticus KSZ bei 16 El., die ASZ bei 20 El. Im linken M. tibialis anticus bei 16 El. die KSZ = ASZ, beide wenig ergiebig.

Von einer Therapie konnte bei dem so fortgeschrittenen Leiden keine Rede sein, da in diesem Falle auch von der Electricität nichts zu hoffen war. Nach einer dreimonatlichen Beobachtung wurde Patientin, nachdem sie für den linken Fuss einen hohen Schuh erhalten, aus der Klinik entlassen.

Nach zwei Jahren hatte Verfasser Gelegenheit, das Kind noch einmal zu sehen. Dasselbe war sehr gut entwickelt, viel grösser und stärker als vor zwei Jahren. Die Länge und der Umfang des rechten Beines hatten bedeutend zugenommen, während das linke noch mehr geschrumpft war als früher. Die pigmentirten Stellen schienen etwas abgeblasst zu sein. Das linke Bein fühlte sich eiskalt an und schien ganz mumificirt zu sein; Unterschenkel und Fuss bildeten eine rigide Masse. Die Vena dorsalis pedis trat deutlicher hervor als früher. Die Kleine will bei grosser Hitze und starker Kälte heftige Schmerzen im linken Fuss haben. Sehr deutlich ist auch der Unterschied in der Entwickelung der äusseren Genitalien: während die linke Labie sich als dünne, trockene, pigmentirte Hautlamelle zeigt und links die diesem Alter entsprechende Rundung des Mons Veneris vollständig fehlt, ist die rechte Labie und rechte Hälfte des Mons Veneris für dieses Alter üppig entwickelt und mit weissen länglichen Flaumhaaren besetzt.

Die Frage, ob in unserem Falle spinale Kinderlähmung vorliegt, muss verneint werden. Denn

1. hat niemals eine Lähmung stattgefunden;

2. spricht die Pigmentirung der Haut, die sich auf die der gleichseitigen Beckenhälfte fortsetzt und genau mit der Medianlinie abschneidet, gegen jene Annahme;

3. ist in unserem Falle der Verlust des Extensor digitorum longus und brevis durch Eiterung entstanden, im Gegensatz zu dem Schwund durch Herde in den spinalen Centren.

Wir haben es also in unserem Falle mit einer **Hemiatrophia neurotica progressiva** zu thun, wie sie vorzugsweise im Gesichte beobachtet wurde, weshalb man bis jetzt auch nur von einer **Hemiatrophia facialis progressiva** sprach.

Noch 1877 berichtet Eulenburg (*von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, II. Aufl. Bd. XII, Krankheiten des Nervensystems II, zweite Hälfte p. 62, extr.*), dass eine Ausdehnung der Hemiatrophia progressiva über die befallene Kopfhälfte hinaus bis dahin niemals constatirt sei. Dass aber diese Krankheit sich nicht allein im Gesicht localisirt, beweisen, nächst dem vom Verfasser beobachteten Falle, nicht nur die bis jetzt bekannt gewordenen, an anderen Körpertheilen localisirten Hemiatrophien, sondern auch ganz besonders die Fälle, wo neben der typischen halbseitigen Gesichtsatrophie auch noch andere Regionen ganz analoge Erkrankungen bieten.

Es folgt nun eine Zusammenstellung der von dem Verfasser, in der ihm zugänglich gewesenen Literatur, vorgefundenen Fälle:

1. Den ersten hierher gehörigen Fall theilt Lobstein (*Traité d'anatomie pathologique, Paris et Strasbourg 1829, t. I, p. 90—92*) mit. Es handelt sich dort um einen im Alter von 54 Jahren an Marasmus verstorbenen Mann, der im dritten Lebensjahre einen Fall that, und dessen rechte Beckenhälfte und untere Extremität seitdem schwach wurden und allmälig abmagerten. Die Krankheit verlief progressiv. Die Gefässe waren nicht alterirt. Die Atrophie beschränkte sich auf Muskeln und Knochen. Die Muskeln waren, wie die Section ergab, blass und dünn, wie eine Membran, auch verkürzt und verschmälert. Der Kranke hinkte. Lobstein führt die Störung zurück auf eine Erschütterung des Plexus ischiadicus und cruralis beim Fall.

Romberg (*Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen, Berlin 1851*) hält diesen Fall von Atrophie der Gesichtsatrophie analog.

Wenn Louis Lande [*Thèse inaug. Paris 1869 „Essai sur l'aplasie lamineuse progressive“ (atrophie du tissu connectif, celle de la face en particulier) Trophonevrose de Romberg; Archives générales de médecine, Paris, mars 1870, p. 315 sqq.*] trotz der Angabe Lobstein's, dass die Krankheit progressiv verlaufen, letztere für eine Art von Entwickelungshemmung hält, so ist er zu diesem Urtheil wohl nur deshalb gekommen, weil er in diesem (vielleicht etwas ungenau beschriebenen) Krankheitsbilde keine Anhaltspunkte für seine durch nichts bewiesene Theorie von der autopathischen Erkrankung des Zellgewebes finden konnte.

2. Der zweite Fall ist von Hüter (*„Singularis cujusdam atrophiæ casus nonnulli“, Dissert inaug. Marburg 1848*) und von Romberg l. c. beobachtet worden. Das 18 Jahre alte, blühend aussehende Mädchen zeigt dicht unter der rechten Brustwarze einen $3^1/_4$“ breiten, $1^3/_8$“ langen, bis zur Medianlinie reichenden Fleck von bräunlich-gelber, nicht an allen Stellen gleichmässiger Farbe. Derselbe befindet sich unter dem Niveau der umgebenden Haut, ist von ganz narbenähnlichem Aussehen, lederartig fest und glatt, an den unten befindlichen Theilen straff anliegend und nicht in Falten abhebbar. Man konnte mit dem Finger unter den Fleck dringen: also lag die Affection in der Haut selbst. Derselbe bestand seit dem 15. Lebensjahre. Eine Ursache war nicht zu finden. Die Temperatur der afficirten Stelle schien etwas gesunken zu sein. Ob die Schweisssecretion an der veränderten Stelle normal sei, wusste das Mädchen nicht anzugeben. Die Sensibilität war normal; Schmerz in der afficirten Stelle nie vorhanden.

3. In der oben citirten Dissertation von Hüter findet sich ein weiterer, von Hesse beobachteter Fall. Derselbe betrifft einen mit 40 Jahren zur Beobachtung gelangten Mann, der sich stets des besten Wohlseins erfreut hatte. Im zweiten Lebensjahre überstand er eine exanthematische Krankheit und leitet davon sein Leiden ab. Die rechte Schulter und Oberarm waren

stark atrophirt. Die Atrophie erstreckte sich auf die Weichtheile und Knochen. Die Muskeln des Oberarms waren dünn wie Fäden, besonders der Biceps. Temperatur und Sensibilität waren normal.

Auch diesen Fall hält Lande (l. c. p. 159) dem Lobstein'schen (1) ähnlich, nur weil derselbe nicht in seine Theorie passt.

4. „Hierher gehört wohl auch der Fall eines vierjährigen Knaben", der von Romberg (l. c. p. 92) beobachtet wurde. Der rechte Arm war halb so dick als der linke. Weichtheile und Knochen waren atrophisch. Das Leiden entstand im dritten Lebensjahre plötzlich. Beim Erwachen konnte Patient den rechten Arm nur mühsam und sehr wenig bewegen. Seitdem nahm der Arm immer mehr ab. Die Motilität war beschränkt, aber nicht gänzlich aufgehoben.

Leider ist der letzte Fall sehr ungenau beschrieben.

Lande erklärt (l. c. p. 158) dieses Leiden für ein rheumatisches; damit ist demselben aber nicht die trophoneurotische Natur abgesprochen.

5. Benedict hat zwei hierher gehörige Fälle beobachtet und mitgetheilt (*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung 1870*, Nr. 37, „*Atrophia neurotica*"). Bei einem kleinen Kinde, Carl Reif, traten im Alter von 3½ Jahren leichte Schmerzen in der linken untern Extremität auf, und dabei zeigte sich eine spontane Narbenbildung auf der Rückenfläche des Fusses, die etwa oberhalb der Mittellinie zwischen der dritten und vierten Zehe begann, schräg nach aussen zum äusseren Knöchel ging, über diesen nach auswärts einige Linien vom äusseren Rande des Unterschenkels verlief. Schwellung der Haut war nicht nachweisbar. Der Knabe kam mit 4½ Jahren zur Beobachtung. Die ganze untere Extremität war atrophirt. Die Narbe war ganz schmal, braunroth und, ebenso wie die ganze übrige Haut der Umgebung, stark gespannt und nicht verschiebbar. Die Muskeln des Ober- und Unterschenkels waren hochgradig ab-

gemagert. Die faradische Untersuchung ergab eine verminderte Reaction der Muskeln des Unterschenkels, während die Muskeln des Oberschenkels eine normale Reaction zeigten. Die Empfindlichkeit verhinderte die Constatirung der Reaction bei localer Galvanisation der Muskeln. Das Skelet des Fusses stark verschmälert, die Patella und Epiphysen dünner. Die Zehen waren unbeweglich, das Sprunggelenk war hochgradig unbeweglich, wurde jedoch activ besser bewegt als passiv. Ober- und Unterschenkel im Hüft- und Kniegelenk normal beweglich. Der Nervus peroneus bot verminderte Reaction. Das Lumen der Arteria cruralis war nicht abnorm. Der Puls voller als rechts.

In diesem Falle will Benedict von der electrischen Behandlung überraschenden Erfolg gesehen haben. Die Zehengelenke, wie auch das Sprunggelenk, wurden etwas beweglich, die Ernährung der Muskeln erschien etwas besser. Die Narbe wurde kürzer und blasser. Während einer achtwöchentlichen Beobachtung zeigte sich nicht eine Spur einer Verschlimmerung.

Dieser Fall ist, sowohl in Ansehung des zuerst auftretenden Symptomes der Narbenbildung, als auch wegen der verminderten Reaction der Muskeln und Nerven auf electrische Reize, dem vom Verfasser beobachteten Falle ganz analog.

6. Weniger genau beschrieben ist der zweite von Benedict mitgetheilte Fall [*Allgem. Wiener medicinische Zeitung 1872*, Nr. 9, und *Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, Protokoll der Sitzung vom 23. Februar 1872*, enthalten in den *Medicin. Jahrbüchern* (Stricker)].

Die 16 Jahre alte Patientin bemerkte im 15. Lebensjahre eine Abnahme der rechten unteren Extremität, die mit Schmerzen im Sprunggelenke begann. Die Haut war nicht deutlich verändert. Die Muskelatrophie reicht bis zu den Hüftmuskeln hinauf. Die Knochen des Fusses in Bezug auf Länge und Dicke symmetrisch kleiner. Auch die Unterschenkelknochen sind merklich kürzer. Der Puls war auf der kranken Seite

voller. Die Reaction bei electrischer Untersuchung wenig verändert. Die Sensibilität normal.

Benedict findet es auffallend, dass in den beiden von ihm beobachteten Fällen der Puls in den grösseren Arterien der kranken Seite voller war als in den der gesunden. Dieses Phänomen ist wohl so zu erklären, dass die straff unter der eng anliegenden Haut befindlichen Gefässe bei der Elevation durch das Blut dem tastenden Finger einen vollern, prallern und härtern Widerstand vortäuschen.

7. Denos und E. Barié theilen einen hierher gehörigen Fall (*Progrès médical 1875, Nr. 45, „Note sur un cas d'atrophie générale du membre droit consécutive à un traumatisme“*) mit. Ein junger Mann, der vorher immer gesund war, wurde überfahren und erlitt dabei eine starke Contusion des rechten Fusses. Nach fünfzehn Monaten bemerkte er, dass sein ganzes rechtes Bein magerer und kürzer wurde und dass der Umfang der Wade und des Oberschenkels, besonders an der Hinterseite, beträchtlich vermindert war. Am rechten Fussrücken war nichts Krankhaftes wahrnehmbar. Die Haut war nur an der Wade etwas glatter. Die Muskeln und Knochen der ganzen Extremität waren atrophirt. Die Bewegungen der Zehe und des Knies waren zeitweise schmerzhaft, ebenso die Ab- und Adduction des Oberschenkels. Die electrische Erregbarkeit, besonders der an der Hinterseite des Oberschenkels gelegenen Muskeln war etwas vermindert. Sensibilitätsstörungen fehlten. Am Fusse und dem unteren Dritttheil der Wade hatte Patient oft das Gefühl von Kälte und Kriebeln.

In den vier nächsten Fällen finden wir neben den Gesichtsatrophien die uns interessirende Krankheit.

8. Der erste Fall ist von Eschenberg und darauf von Emminghaus behandelt und beschrieben. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1873, Bd. XI, p. 96—112. „Ueber halbseitige Gesichtsatrophie“.*)

Der Patient, ein Gymnasiast, E. Z. aus S., kam mit 18 Jahren in Behandlung von Emminghaus. Als Kind überstand Patient Masern und Scharlach, später hatte er ab und zu Halsbeschwerden. Mit 14 Jahren machte er eine kurz dauernde Affection des Rachens durch, die mit Schlingbeschwerden, Schmerzen und Heiserkeit verlief. Unbedeutende derartige Insulte kehrten später noch wieder. Im 14. Lebensjahre fiel Patient vom Barren mit dem Kopf auf den Fussboden herab. Er weiss nicht, welche Stelle am Kopfe betroffen wurde. Nach diesem Fall war Patient zwei Minuten bewusstlos, erholte sich jedoch bald vollständig. 14½ Jahre alt, traten Schmerzen und Krämpfe im rechten Bein, besonders bei Anstrengung, vornehmlich am Oberschenkel, am Unterschenkel hinten und an der Sohle auf, die bei Nacht verschwanden. Allmälig stellten sich auch Schmerzen im Nacken ein, die rechts stärker waren, mit kleinen Zuckungen verbunden. Die Schmerzen im rechten Bein verloren sich, dafür war aber die Bewegung jetzt behindert. Das rechte Bein war im Allgemeinen dünner und kürzer. Beim Gehen zeigte sich leichte Unsicherheit in der Fixation des rechten Kniegelenks, nur unbedeutendes Nachschleifen des rechten Fusses. An der Aussenfläche der Mitte des Oberschenkels befand sich eine 8 Centimeter lange, oben 4, in der Mitte 3,5, unten 3,25 Centimeter breite glänzende röthlich-weisse, derbe, narbenartige Erkrankungsstelle, analog denen im Gesicht. Ebenso an der inneren Fläche der Tibia, das zweite Viertheil der Länge des Knochens von oben einnehmend und auf demselben nur wenig verschiebbar, eine noch stärker glänzende, sehr glatte rein weisse Erkrankungsstelle. Ihre Länge 11 Centimeter, die Breite in der Mitte 4,5 Centimeter. Die Sensibilität an diesen kühler anzufühlenden Stellen ist beträchtlich abgestumpft für Tast-, Temperatur- und Schmerzeindrücke und Electricität. Die Venen, stärker ausgedehnt, erstrecken sich als blaues Netz bis herauf in das Gebiet der Epigastrica inferior. Namentlich ist diese Venen-

ausdehnung um die erkrankten Hautstellen herum deutlich. Die Sensibilität ist für absolute Tasteindrücke gleich, für räumliche (Zirkelspitzen) im Mittel 0,4 geringer rechts. Rechtsseitige Beckenverschiebung 2,5 Centimeter zu Gunsten der linken Seite. In der Schenkelbeuge die Temperatur

$$r = 36{,}6$$
$$l = 36{,}8$$

Cruralpuls gleich. Die Atrophie nahm im Gesicht zusehends zu, während im Bein Stillstand eintrat. Das Allgemeinbefinden des Patienten war ein gutes. Bei electrischer Behandlung, indem der Kupferpol an den Ischiadicus und Cruralis, der Zinkpol an die Wirbelsäule angelegt wurde, nahm die Extremität zu (nicht an Länge). Es trat vorübergehend Erleichterung ein, aber keine Besserung.

„Die geringe Abschwächung der electrischen Sensibilität ist hier hinlänglich begründet in der Schrumpfung der Haut, welche derber, trockener, ein schlechterer Leiter sein muss."

Emminghaus hält die beiden Prozesse am Gesicht und Bein von einander unabhängig. Denn diese beiden gleichseitigen Affectionen entsprächen einem ungekreuzten Verlauf der trophischen Nerven, wie es bei den sensibeln der Fall ist. Für die motorischen Störungen, die ja den sensibeln gleichseitig waren, müsste ein ungekreuzter Verlauf angenommen werden, der nach Henle (*Nervenlehre, p. 301*) möglich ist, oder eine doppelte Kreuzung, die man nicht ausschliessen kann (Henle l. c.; Deiter's *Untersuchungen über das Gehirn und Rückenmark, p. 313*). „Aber das Freisein der oberen Extremität muss immerhin befremden, und bei der heutigen Kenntniss der Hirn- und Rückenmarksfaserung schneidet diese Thatsache das Verständniss eines Zusammenhanges der beiden Symptomencomplexe ab." Nach Emminghaus sprechen ferner das zeitliche Auseinanderliegen der localisirten Störungen, das Fortschreiten der Affection im Gesicht, der Stillstand des Prozesses im Bein, für zwei Krankheitsherde. Was die beiden letzteren Momente, das

zeitliche Auseinanderliegen der localisirten Störungen und das Fortschreiten der Affection im Gesicht, der Stillstand des Prozesses im Bein betrifft, so sind sie absolut keine Beweise für das Vorhandensein zweier Krankheitsherde.

Nach der Ansicht des Verfassers ist hier als Mittelpunkt des Leidens der Trigeminus anzusehen, dessen Fasern, einschliesslich der trophischen, bis zu ihrem Ursprunge alterirt wurden, so dass damit ein Zusammenhang mit der Affection der unteren Extremität der gleichen Seite vielleicht resultirte.

Warum die gleichseitige obere Extremität nicht auch ergriffen wurde, lässt sich vielleicht so erklären, dass man es auch hier mit einer Art von „electivem Verhältniss" zu thun hat, wie es oft bei der Hemiatrophie vorkommt, „wodurch innerhalb eines im Grossen getroffenen (Nerven-) Gebietes gewisse Abschnitte wenig oder fast gar nicht, andere dagegen sehr stark verändert werden" (Virchow).

9. Dem vorigen schliesst sich der von Adelt (*„Atrophiæ circumscriptæ totalis casus", Dissert. inaug. Berol.* und *Canstadt's Jahresberichte 1863, IV. p. 182)* beschriebene Fall an.

Das Mädchen kam mit 26 Jahren zur Beobachtung. Neben einer linksseitigen Gesichtsatrophie fanden sich mehrere atrophirte Stellen zwischen der Wirbelsäule und der linken Scapula, in der Gegend der Fossa infraspinata, ferner am linken Oberarm, die in der Mitte seiner inneren Seite begannen und sich über den Condylus internus und Olecranon, entlang der inneren Partie der Beugeseite des Vorderarms, bis zum Carpus hinzogen. Das Leiden soll am Thorax und Arm mit 24, im Gesicht mit 25 Jahren entstanden sein. Die Färbung der atrophischen Theile war nicht verändert, ebenso war die Temperatur an den atrophischen Stellen nicht herabgesetzt. Die Sensibilität am Arm und Thorax (wie auch auf der erkrankten Gesichtshälfte) normal. Die Armmuskeln waren atrophirt, ihre Kraft, sowie die electrische Reizbarkeit, herabgesetzt.

Adelt bemerkt, dass die Atrophie durch Lähmung der trophischen Nerven bedingt sei.

Die Knochen scheinen von der Atrophie nicht betroffen zu sein, weil mit 24 Jahren das Skelet vollständig entwickelt ist.

10. Ein dem vorigen ganz analoges Krankheitsbild bietet der von Virchow (*„Ueber neurotische Atrophie“ Berlin Klin. Wochenschrift 1880 Nr. 29)* beschriebene Fall. Neben der „klassischen Form der halbseitigen Gesichtsatrophie“ finden wir hier eine Atrophie einer hinteren Thoraxseite und einer oberen Extremität.

Die 41 Jahre alte Patientin, Louise Kuhlike, erkrankte im 25. Lebensjahre an einer entzündlichen Affection der linken Gesichtshälfte, vielleicht Erysipelas, dessen Symptomatologie sich aus den Angaben allenfalls construiren lässt. Um dieselbe Zeit fiel sie auf den Hinterkopf. Im Alter von 23 Jahren hatte sie einige Male Blutschwären auf dem Schädel und der Unterlippe links. Die uns interessirende Affection beginnt an der Mittellinie des Rückens, zwischen dem 6. und 7. Dorsalwirbel, verbreitet sich linkerseits schief nach oben und unten über die Fossa infraspinata scapulæ und die Umgegend derselben, namentlich stark am Musculus infraspinatus, geht von da zur Achsel und verbindet sich mit einer Atrophie, welche zuerst hinten, dann an der Volarseite heruntergeht und ihre grösste Stärke am Vorderarm erreicht. Man kann sie schon am Oberarm in einer gewissen Ausdehnung verfolgen, aber das eigentliche Hauptgebiet ist am Vorderarm bis zur Hand (Kleinfinger) hin. Innerhalb dieses ziemlich grossen Gebietes findet sich eine Verdünnung der Haut, welche ein leicht gelbliches Aussehen hat, und ein höchst auffälliges Hervortreten der Hautgefässe, die durchweg als vorragende, im Hautrelief erscheinende, Zeichnungen sich darstellen. Dabei findet sich absoluter Mangel des Fettgewebes. Die Muskeln sind auf das Aeusserste verkleinert, und die Haut liegt so nahe an den Fascien und Knochen an, dass sie, wenngleich sie nicht gerade so fest adhärirt wie am

Kopfe, doch ungleich weniger verschiebbar ist, als an den normalen Stellen. Die Knochen sind in nennenswerther Weise nicht betheiligt; an einzelnen kleinen Stellen finden sich leichte Vertiefungen an der Oberfläche der Knochen. Patientin klagt zuweilen über stechende Schmerzen und etwas taubes Gefühl im Arm, auch wird der Kleinfinger oft kalt. Indess ist das Tastgefühl nicht erheblich verändert. Die Beweglichkeit ist vorhanden.

Leider vermisst man Angaben über etwaige Temperaturunterschiede zwischen rechts und links.

Virchow bemerkt ferner: Die Störung beschränkt sich auf das eigentliche Ernährungsgebiet. Als ætiologisches Moment hätte die Gewalteinwirkung auf den Hinterkopf am meisten Werth. Diese Form sei den peripherischen Nervenstörungen zuzurechnen, der eigentliche Hauptsitz der Störung liege innerhalb des Gebietes der peripherischen Nerven. In unserem Falle hätten sich wohl entzündliche oder andere Prozesse bis zum Ursprung des Trigeminus fortgesetzt; mindestens sei die Affection bis auf die Basis cerebri und die Wirbelsäule zu verlegen.

Dass zwischen den trophischen Nerven des Gesichts und der Extremitäten eine Correspondenz besteht, die zu Wechselwirkungen führen kann, sprechen zwei von Seeligmüller beobachtete Fälle (*Berliner klinische Wochenschrift 1870 p. 313 „über Sympathicusaffection bei Verletzung des Plexus brachialis“* und *ibidem 1872 pag. 43 „Lähmung des Sympathicus neben Lähmung des Nervus ulnaris durch Schussverletzung“*).

Im ersten Falle erlitt ein Kind intra partum eine fractura colli scapulæ et claviculæ rechterseits. Es folgte Lähmung des Arms. Während halbjähriger Behandlung mit dem constanten Strom atrophirte die rechte Gesichtshälfte. Die Lähmung des Arms ging zurück. Im zweiten Fall wurde 1870 ein 25jähriger Offizier durch die linke Schulter geschossen. Der Arm war kurze Zeit gelähmt. Es entwickelte sich im Anschluss an die Verletzung eine starke Atrophie der linken Wange.

11. Soltmann *(Neurologisches Centralblatt,* [Red. Mendel] *1882 Nr. 11 p. 262)* Hemiatrophia facialis progressiva bei einem 13jährigen Mädchen. Ausser den gewöhnlichen Erscheinungen derselben findet sich ein Uebergreifen der Atrophie auf die linke Thoraxhälfte und Extremität.

Die genaue Beschreibung war dem Verfasser nicht zugänglich.

Suchen wir nun in dem Folgenden die Hauptzüge der in unseren Fällen geschilderten Krankheit, die Actiologie, das Krankheitsbild, den Verlauf und die Therapie zusammenzufassen, resp. dieselben mit denjenigen der Hemiatrophia facialis progressiva zu vergleichen.

Bemerkung. Bei der Vergleichung folgen wir Eulenburg l. c., Wette *(„Ein neuer Fall von Hemiatrophia facialis progressiva etc.“ Dissert. inaug. München 1880),* der eine tabellarische Zusammenstellung über 43 Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva veranstaltet hat, und 15 weiteren (cfr. Anhang am Schluss) vom Verfasser in der Literatur vorgefundenen Fällen der H. fac. progressiva.

Was zuerst die Behauptung betrifft, dass die H. fac. progr. besonders das weibliche Geschlecht befalle, so scheint unsere Krankheit dieselbe umstossen zu wollen resp. einen anderen Interpretationsmodus zu verlangen. Denn von den 12 Fällen kommen 6 auf das männliche, 6 auf das weibliche Geschlecht. Jedoch hat sich auch das Verhältniss bei der H. fac. progr. jetzt bedeutend geändert. Während bis 1877 von 17 Fällen 12 beim weiblichen Geschlecht beobachtet wurden (Eulenburg l. c.), kommen von den heute bekannten 58 Fällen (da bei einem Fall das Geschlecht nicht angegeben ist, Berthold) 25 auf das männliche und 32 auf das weibliche Geschlecht. Von unseren Fällen sind 7 rechtsseitig, 5 linksseitig beobachtet, während die 58 Gesichtsatrophien sich aus 32 rechtsseitigen

und 26 linksseitigen zusammensetzen. Dass also besonders das weibliche Geschlecht und die linke Seite für dieses Leiden disponirt zu sein scheinen, kann nur zufällig sein, da kein vernünftiger Grund für jene Erscheinung zu finden ist. Es liegt nahe, anzunehmen, dass Frauen aus kosmetischen Rücksichten gegen ein derartig verunstaltendes Leiden öfters Hilfe suchen als Männer.

Wie bei der Gesichtsatrophie beginnt auch in unseren Fällen das Leiden meist im jugendlichen Alter, nur zweimal im 24. Lebensjahre (No. 9 und 10) wie es ja auch bei der Gesichtsatrophie mehrmals constatirt ist. Als ætiologische Momente sind angeführt Trauma, Erkältung, exanthematische Erkrankungen (wie Scarlatina, Morbilli), Diphterie. Diese genannten ætiologischen Momente sind auch bei den Gesichtsatrophien erwähnt. Manchmal tritt die Entstellung ohne deutliche Veranlassung auf (Nr. 5 und 6), wie es auch bei den Gesichtsatrophien oft beobachtet wurde.

Zuerst bemerkt man in den meisten Fällen eine Veränderung der Haut. Dieselbe sticht durch Pigmentirung in allen Schattirungen, vom Braunrothen bis in's Hellgraue, ja sogar rein Weisse, von der Umgebung ab. Dabei verdünnen sich die erkrankten Hautstellen, sinken grubenartig ein, indem der Panniculus adiposus, oft total, atrophirt, so dass die verdünnte Haut jetzt den tiefern Geweben (Muskeln und Knochen) straff aufliegt und sich schwer oder gar nicht abheben lässt. Nur in dem vom Verfasser beobachteten Falle lässt sich die atrophirte Haut an einer Stelle in einem über die Norm hinausgehenden Masse abheben. Das Aussehen solcher atrophirten und pigmentirten Hautregionen ist sehr verschiedenartig: oft sind sie „so glatt wie die glasige Haut bei Heilung von Ekzemen, oder als ob man Collodium aufgepinselt hätte (Emminghaus l. c.)“, oft bieten sie ein asbestartiges Aussehen. Die Ausdehnung solcher Atrophien ist sehr verschieden, bald einige Centimeter, bald die Fläche fast einer ganzen Unterextremität und der zuge-

hörigen Beckenseite einnehmend. Nie geht die Atrophie resp. die Pigmentirung über die Medianlinie hinaus, wenn sie letztere erreicht, schneidet sie mit derselben ab (in Nr. 2, 10 und in dem vom Verfasser beobacheten Falle sehr deutlich wahrnehmbar). Statt der Pigmentirung kann sich auch zuerst eine Narbe resp. Kruste bilden und die Pigmentirung sich später einstellen. Jedoch ist es nicht unbedingt nothwendig, dass immer eine Pigmentirung oder Atrophie der Haut vorausgeht bezw. zu constatiren ist (Nr. 1, 3, 4, 9), welche scheinbare Abweichung auch bei den Gesichtsatrophien oft vorkommt. Auch kann die Pigmentirung mit der Zeit abblassen, wie in Nr. 9 und in dem vom Verfasser beobachteten Falle. Das Wachsthum der Haare kann ganz unterdrückt sein, wie in dem vom Verfasser beobachteten Falle auf der linken Hälfte des Mons Veneris. Ganz analog ist in dem vom Verfasser beobachteten Falle der theilweise Schwund der Nägel der kranken Extremität. Die Hautsecretion auf den atrophischen Theilen ist mehrmals vermindert. Die Sensibilität der Haut ist im Ganzen normal. Zweimal finden wir etwas Hyperästhesie (Nr. 5 und der vom Verfasser beobachtete Fall). Einmal waren im Anfange concomitirende Schmerzen, die später aufhörten (Nr. 6). Im Virchow'schen Falle (Nr. 10) treten zuweilen stechende Schmerzen und etwas taubes Gefühl im Arm auf. In dem vom Verfasser beobachteten Falle stellen sich Schmerzen bei intensiver Hitze bezw. Kälte ein. In einem Falle Gefühl von Kälte und Kriebeln (7). In dem Emminghaus'schen Falle (8) war die Sensibilität abgestumpft für Tast-, Temperatur- und Schmerzeindrücke und Electricität. Alle diese geschilderten Zustände in der Sphäre der Sensibilität kommen bei der Gesichtsatrophie auch vor, wobei jedoch auch dort die Sensibilität in der Regel intact geblieben ist.

Die Temperatur der erkrankten Regionen ist mehrere Male herabgesetzt (in Nr. 2, 8 und in dem vom Verfasser

beobachteten Falle), meist normal. Die Hautgefässe treten in drei Fällen (Nr. 8, 10 und in dem vom Verfasser beobachteten Falle), besonders um die erkrankten Partien herum, stark hervor. Der Puls in den grösseren zuführenden Gefässen ist zweimal (5 und 6) voller auf der kranken Seite als auf der gesunden (cfr. Nr. 6 extr.). In einem Falle (in dem vom Verfasser beobachteten) ist der Puls der erkrankten Seite kleiner, weil das Lumen der Arterie enger ist. Die Muskulatur ist, mit Ausnahme von Fall 2, in allen Fällen atrophisch; mehrere Male ist die Function mehr minder beschränkt und die electrische Reizbarkeit herabgesetzt. Die Knochen sind, ausser Nr. 2, ebenfalls überall atrophisch, am wenigsten da, wo der Beginn der Erkrankung nach vollständiger Entwickelung des Skelets eintritt, wie in Nr. 9 und 10. Characteristisch ist, dass das Allgemeinbefinden der von unserer Krankheit Befallenen ein sehr gutes ist. Die Krankheit verläuft meist langsam und sehr protrahirt. Wie Wette (l. c. p. 29) zu der Behauptung kommt, dass der Stillstand der halbseitigen Gesichtsatrophie im Allgemeinen zwischen dem 2. und 4. Jahre liege, lässt sich aus allen bis jetzt bekannt gewordenen Fällen nicht einsehen. In dem vom Verfasser beobachteten Falle war das Leiden progressiv. Im Allgemeinen kann man wohl annehmen, dass das Leiden meistentheils sehr protrahirt verläuft, wofür bei den Gesichtsatrophien Otto Schwann das beste Beispiel bietet, dessen Leiden mit 7 Jahren begann (Hüter l. c), bis zum 22. Lebensjahre bedeutend zunahm, (Virchow, *Deutsche Klinik 1859, p. 336*) und im Alter von 42 Jahren noch einige, wenn auch nicht wesentliche, Fortschritte bot (Virchow, *Berl. kl. Wochenschrift 1880, Nr. 29*).

Wie es kommt, dass in einem Falle (Nr. 2) nur die Haut und der Paniculus adiposus betroffen wird und dann ein Stillstand eingetreten zu sein scheint (analog dem unten kurz zu erwähnenden Berthold'schen Fall), in den anderen wieder die Atrophie manchmal eine in's Gewaltige gehende ist, dieses

lässt sich nach unsern heutigen Kenntnissen von den trophischen Nerven mit Bestimmtheit nicht sagen.

Was die Therapie betrifft, wenn man überhaupt von einer solchen reden darf, so ist sie in den meisten Fällen gleich Null. In einem Falle (Nr. 5) will Benedict von der electrischen Behandlung „überraschenden Erfolg" gesehen haben. So wurden die bis dahin hochgradig unbeweglichen Sprung- und Zehengelenke etwas beweglicher, die Ernährung der Muskeln erschien etwas besser. Die Narbe wurde blasser und kürzer. Auch Emminghaus erzielte durch electrische Behandlung, indem er den Kupferpol auf den Ischiadicus und Cruralis, den Zinkpol an die Wirbelsäule anlegte, scheinbar einigen Erfolg: Die Extremität nahm zu (nicht an Länge); es trat vorübergehend Erleichterung ein, aber keine Besserung (Nr. 8). Denselben Erfolg erziele Emminghaus im Gesicht. Aehnliches berichtet Tanturri (*Il Morgagni 1872, Nr. 11, 12 „Emiatrofia facciale progressiva e trofonevrosi di Romberg"* und Virchow-Hirsch'sche *Jahresberichte 1872. Bd. 2. p. 83).*

Nachdem wir nun constatirt, dass die von uns geschilderte Krankheit in allen Hauptzügen, der Aetiologie, dem Aussehen, Verlauf und (bei paar Fällen) der Therapie, mit der Hemiatrophia facialis progressiva übereinstimmt, (wo bei den Symptomen nicht besonders auf die Uebereinstimmung mit denjenigen der Hem. fac. progr. hingewiesen ist, versteht sie sich von selbst), glauben wir behaupten zu dürfen, dass nicht nur das Gesicht, sondern auch alle übrigen Körpertheile von Hemiatrophien befallen werden können.

Dass bei weitem mehr Hemiatrophien des Gesichts constatirt sind, liesse sich ja aus der, äusseren Einflüssen sehr stark exponirten, Lage desselben leicht verstehen. Jedoch kann Verfasser sich der Annahme nicht entziehen, dass diese relative Häufigkeit vielleicht nur eine scheinbare ist, weil die mit He-

miatrophien anderer Körpertheile, besonders leichtern Grades, Behafteten, wegen des meist schmerzlosen und ohne Funktionsstörung stattfindenden Verlaufes der Krankheit, den Arzt nicht consultiren.

Wenn der Verfasser den von ihm beobachteten Krankheitsfall eine Hemiatrophia progressiva „neurotica" nannte, so war für ihn der Umstand massgebend, dass jener Fall in's Ungeheure gehende trophische Störungen bot, die auf bestimmte Nervenbahnen durch ihren Verlauf hinwiesen, während die Erscheinungen von Seiten der motorischen und sensibeln Nerven relativ gering waren bezw. fehlten.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Lücke, für Ueberlassung des Falles und gütige Unterstützung, sowie auch Herrn Professor Jolly meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

## Anhang.

Es mögen hier noch diejenigen Fälle von Gesichtsatrophie folgen, die Wette (l. c.) nicht zugänglich waren, resp. nach dem Erscheinen seiner Dissertation bekannt geworden sind.

1. Frémy, Henri (*Thèse inaug. Paris 1872 „Étude critique de la trophonévrose faciale [physiologie pathologique]"*). *Observation XIII, p. 40–47*:

Ein 28jähriger Mann, dessen rechte Gesichtshälfte auf Trauma im Alter von 19 Jahren atrophirte.

2. Idem et *ibidem. Observ. XIV, p. 47—52:*

Ein 19jähriges Mädchen, dessen rechte Gesichtshälfte nach Migräne im Alter von 15 Jahren atrophirte.

3. Idem et *ibidem. Observ. XV, p. 52—54:*

Ein 28jähriger Mann, dessen rechte Gesichtshälfte im Alter von 18 Jahren atrophirte, nach Neuralgie.

4. Duchenne - Frémy. *Ibidem. Observation XXI, p. 59—60:*

Ein 17jähriges Mädchen, dessen linke Gesichtshälfte im 12. Lebensjahre atrophirte, ohne bekannte Ursache.

5. Seeligmüller (*Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1877. Bd. XX, p. 116*):

Ein 34 Jahre alter Holzhändler, dessen rechte Gesichtshälfte „seit Jahren" atrophirt ist, als Kind schwere Halsbräune überstanden.

6. Virchow (*Berl. klin. Wochenschrift. 1880, Nr. 22*): Fall Nr. 10 (s. S. 21).

7. Berthold (*Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde* [*Red.* Zehender], *November 1880. Mitgetheilt in der Versammlung der Naturforscher und Aerzte zu Danzig 1880, II. Sitzung, 22. September*):

Rechte Gesichtshälfte partiell atrophirt. Geschlecht, Ursache, Alter nicht angegeben.

8. Delamare (*Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. Ser. XXVI, Nr. 198 Sept.-Oct. 1880, p. 484,* und *Schmidt's Jahrbücher 1881, Bd. 191, Nr. 7, p. 23. „Aplasie lamineuse progressive"*):

Ein 27jähriger Offizier, dessen rechte Gesichtshälfte im Alter von 16 Jahren atrophirte. 15 Jahre alt schwer gefallen, dann geheilt. Kopfschmerzen.

9. Kahler (*Prager med. Wochenschrift 1881, Nrn. 6 u. 7. „Ein Fall von beschränkter neurotischer Atrophie im Gesichte"*):

Ein 56jähriger Mann, dessen rechte Gesichtshälfte im Alter von 10 Jahren atrophirte, „ohne Trauma, keine allgemeine oder locale Erkrankung dem Leiden vorausgehend".

10. A. Eulenburg (*Zeitschrift für klinische Medicin V. S. 785*):

Eine Atrophie der linken Gesichtsseite bei einem 7jährigen Mädchen.

11. E. Küster (*Neurologisches Centralblatt 1882,* [Red. Mendel] *Nr. 2, p. 31*):

Eine 59 Jahre alte Frau, Louise Mulacs, bei der im 28. Lebensjahre die linke Wange atrophirte, ohne bekannte Ursache.

12. Soltmann *(ibidem Nr. 11, p. 262)*:

Atrophie der linken Wange bei einem 13jährigen Mädchen. Uebergreifen der Atrophie auf die linke Thoraxseite und Extremität: Fall Nr. 11 (s. S. 23).

13. Zeller *(ibidem 1883 Nr. 5, p. 119)*:

Ein 22 Jahre alter Mann, bei dem im 10. Lebensjahre nach vorangehenden Krämpfen die rechte Gesichtshälfte atrophirte.

14. Mendel *(ibidem Nr. 12, p. 268)*:

Ein 23 Jahre altes Mädchen, bei dem sich im 7. Lebensjahre ohne jede deutliche Veranlassung eine Atrophie der linken Gesichtshälfte einstellte; Hand und Fuss derselben Seite in der Entwickelung zurückgeblieben.

15. Bernhardt *(Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc.* [Red. Dr. Erlenmeyer], *1882, Nr. 3. „Ein Fall von halbseitiger Gesichtsatrophie")*:

Eine 19jährige Dame, bei der im 15. Lebensjahre ohne bekannte Ursache die linke Wange atrophirte.

Ferner will Verfasser noch derjenigen Fälle gedenken, die er in der Literatur ganz kurz erwähnt fand, um zu zeigen, dass das Leiden nicht so selten vorkommt, als man bis vor Kurzem annahm.

Zwei Fälle erwähnt Laude l. c.

Ein Fall will Himly (*nach* Stilling *„physiologisch-pathologische Untersuchungen über Spinalirritation", Leipzig 1840*) gesehen haben.

Benedict hat mehrere Fälle gesehen, wo das Gesicht betroffen war, in einem das Bein (*Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, Protocoll der Sitzung vom 23. Februar 1872*).

Deprès stellte einen Fall vor in der *Société de chirurgie à Paris, 30 Mars 1876* (*Gazette hebdomadaire 1876, Nr. 13*).

Daselbst wird ein Fall von Vulpian erwähnt.

Anjel (*Berlin, klin. Wochenschrift 1877, p. 130*) erwähnt einen von ihm in Gemeinschaft mit Prof. Luckiewicz — Warschau — beobachteten Fall.

Dr. L. Lereboullet (*Gazette médicale de Strasbourg 1870 p. 104*) berichtet, dass Prof. Küss (Strassburg) auch einen Fall beobachtet habe, der dem Fall von Moritz Meyer ähnlich sei.

Jonathan Hutchinson (*Medical Times and Gazette of London 1880, vol. II, p. 603*) theilt, bei Gelegenheit der Vorstellung Otto Schwann's in der *Pathological Society of London* durch Dr. Payne, mit, dass er mehrere ähnliche Fälle gesehen habe.

Hier möge auch noch die Ansicht des Verfassers Platz finden, dass zwei in der einschlägigen Literatur oft citirte Fälle, der von Moritz Meyer (*Berl. klin. Wochenschrift 1870, Nr. 2, „Fortschreitende Gesichtsabmagerung, eine Trophoneurose"; vorgestellt in der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 17. November 1869*) und der von Nicolaus Brunner aus Warschau (*St. Petersburger medicinische Zeitschrift 1871, N. F. II. Bd. p. 251—264, „Zur Casuistik der Pathologie des Sympathicus", Vortrag, gehalten am 22. December 1870 im Allgemeinen Verein St. Petersburger Aerzte*) eine zu grosse Aehnlichkeit bieten, als dass sie nicht identisch wären: Die Kranke ist aus Warschau „Ruchla Redler" (Brunner), sie ist daselbst behandelt worden (Meyer). Die Angaben, dass sie mit 14 Jahre geheirathet, sechs Kinder, von denen das jüngste 3 Jahre alt wäre, geboren hätte, die Anfangssymptome des Leidens, epileptische Anfälle etc. stimmen beiderseits überein. Einige kleinere Verschiedenheiten sind wohl auf die weniger genaue Untersuchungen von Seiten Meyer's zurückzuführen.